

# DISSERTAÇÃO

---

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Pleuriz agudo sero-fibrinoso

---

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

---

# THESE

Apresentada à Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro em 13 de  
Novembro de 1894, e sustentada em 7 de Janeiro de 1895

PELO

DR. DOMINGOS ALEXANDRINO DINIZ

NATURAL DE MINAS GERAES

Afim de obter o grão de doutor em sciencias medico-cirurgicas

---

RIO DE JANEIRO

TYP. MONTENEGRO—Travessa do Ouvidor ns. 12 e 14

1894

# Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.  
VICE-DIRECTOR—Dr. João Pizarro Gabiso.  
SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

## LENTES CATHEDRATICOS

DRS. :

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular
Pedro Severiano de Magalhães.....	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladislão de Souza Lopes..	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme.....	Anatomia medico-cirurgica e compara- rada.
Marcos Bezerra Cavalcanti.....	Operações e aparelhos.
.....	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologica s.
Albino Rodrigues de Alvarenga.....	Materia medica e therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria..	Hygiene e Mesologia.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos...	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica cirurgica - 2ª cadeira.
João Pizarro Gabiso.....	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro .....	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro..	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho .....	Clinica obstetrica e gynecologica.
.....	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu .....	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão...	Clinica psychiatrica e de molestias ner- vosas.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica pediatria.
Nuno de Andrade .....	Clinica medica—1ª cadeira.

## LENTES SUBSTITUTOS

Drs. :

1ª. secção.....	.....
2ª. » .....	Antonio Maria Teixeira.
3ª. » .....	Genuino Marques Mancebo e Luiz An- tonio da Silva Santos.
4ª. » .....	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª. » .....	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª. » .....	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7ª. » .....	Antonio Augusto de Azevedo Sodré e Bernardo Alves Pereira.
8ª. » .....	Augusto de Souza Brandão.
9ª. » .....	Francisco Simões Corrêa.
10ª. » .....	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª. » .....	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª. » .....	.....

## Pleuriz agudo sero-fibrinoso

---

A inflamação da pleura é complicação frequente de grande numero de molestias geraes.

Durante a evolução do rheumatismo articular agudo, das febres eruptivas, da influenza e de muitas outras molestias infecciosas os agentes pathogenicos, levados até a pleura, podem ahi, quer por si mesmos quer pelas toxinas que elaboram, provocar a apparição dos phenomenos inflammatorios, que constituem o pleuriz.

As lesões traumaticas da parede thoracica, as affecções do pulmão, do pericardio, e de qualquer outro órgão visinho, como as de órgãos affastados, mas podendo pela via lymphatica, ter communicação facil com a pleura, são muitas vezes o ponto de partida para a inflamação d'esta serosa.

Não é, porém de nenhuma d'estas fórmulas de pleuriz, que me occuparei. O assumpto d'este trabalho será o pleuriz agudo que os auctores denominam «a frigore», isto é, o que acommette o individuo em estado de saude pelo menos apparente, no qual phenomeno algum visivel revelava a existencia de qualquer molestia anterior.

E' um trabalho este modesto e despretencioso cujo pequeno merito e pouco valor sou o primeiro a reconhecer.

O começo tardio do actual anno lectivo, o accumulo de estudos durante esta ultima phase da vida academica não permittiram o desempenho d'esta imposição final do regulamento do modo porque desejava.

Ha n'este trabalho imperfeições, lacunas e incorrecções, mas as circumstancias especiaes, de que todos foram testemunhas, devem lhes servir de valiosas justificativas.

---



## Etiologia do pleuriz

---

Antigamente acreditava-se que o resfriamento podia ser a unica causa productora do pleuriz. Hoje porém a existencia do pleuriz, comprehendido dessa maneira, é vivamente contestada. O frio é realmente um poderoso agente provocador do apparecimento do pleuriz, mas nunca o seu factor etiologico unico.

O pleuriz agudo sero-fibrinoso é uma molestia infecciosa, de etiologia complexa e variada, segundo o modo de pensar de Kelsch.

O maior numero d'essas pleurisias primitivas é de natureza tuberculosa. E' o que a clinica já desde muito tempo suspeitara, e que estudos bacteriologicos e exames anatomo-pathologicos vieram provar e confirmar.

Se os antecedentes hereditarios do individuo acommettido do pleuriz primitivo, se a sua historia individual nas estatisticas de Sittmann e Netter, não forneceram argumentos de grande valor em favor da natureza tuberculosa do pleuriz, as estatisticas de Fiedler, Barrs, Bouditch e sobretudo Ricochon, publicadas por Netter, em relação a grande numero de pleurísticos, victimas mais tarde da tuberculose, são de natureza a nos dar forte presumpção em favor desse modo de pensar.

Na estatistica de Fiedler, 82 por cento dos individuos acommettidos de pleuriz sero-fibrinoso primitivo apresentaram-se mais tarde tuberculosos ; na de Barrs, em 62 doentes, curados de pleuriz, 22 foram no espaço de 6 annos victimados pela tuberculose ; na estatistica de Bowditch, que comprehende todos

os casos de pleuriz observados por seu pai de 1849 a 1879, a proporção de pessoas que contrahiram a tuberculose, foi na media de 45 %; e finalmente, todos os 22 pleuríticos de derrame sero-fibrinoso, que Ricochon tratou, tornaram-se mais tarde tuberculosos.

E se a estes factos Dieulafoy antepõe observações suas, em que chegou a reunir grande numero de casos de pleuriz, que não foram seguidos de manifestações tuberculosas, é que muitas pleurisias, ainda que de natureza tuberculosa, são em todo caso, benignas, curaveis, e dependentes da localização do bacillo sobre a pleura.

E nem se diga que a pleurisia prepara tão sómente terreno favoravel para ulterior desenvolvimento da tuberculose. Ahí estão os exames anatomo-pathologicos de Kelsch e Vaillard, Dujardin-Beaumetz, Landouzy, os quaes, em doentes robustos e que não apresentavam signal algum da tuberculose, e fallecidos subitamente em consequencia de um derrame pleurítico, encontraram, pela autopsia, manifestações tuberculosas quer no pulmão quer na pleura, o que demonstrava que pleurizes francamente « a frigore » resultavam da localização primitiva do bacillo na pleura ou de uma tuberculose pulmonar latente.

E, se a esses dados ajuntarmos os que nos fornecem os exames bacteriologicos, mais inclinados nos acharemos para admittir a natureza tuberculosa pelo menos frequente do pleuriz.

E' verdade que o exame microscopico do liquido sero-fibrinoso e as culturas do bacillo de Koch feitas com esse liquido nem sempre deram resultados favoraveis; mas esse facto em nada póde invalidar a nossa convicção na natureza tuberculosa d'essa especie de pleuriz, porquanto póde-se perfeitamente admittir que nesses casos os bacillos espalhados em uma grande massa liquida ou se apresentando sob a fórma de esporos escapem aos meios de investigação de que podemos dispor.

Esta hypothese é tanto mais admissivel, quanto sabemos



que em pleurizes reconhecidamente tuberculosos os resultados são igualmente negativos.

O processo das inoculações fornece resultados mais seguros em favor da natureza tuberculosa d'essa forma de pleuriz, como provam as experiencias de Netter, Chauffard e Gombault.

Netter, injectando o liquido sero-fibrinoso proveniente de pleurizes de origem evidentemente tuberculosa, conseguiu determinar a molestia na proporção de 40 por cento ; e a inoculação do liquido sero-fibrinoso da pleurizia denominada primitiva determinou ainda a molestia na mesma proporção. Ora, n'esses factos é claro que o resultado positivo de uma inoculação muito significa, ao passo que o resultado negativo nada prova contra a origem tuberculosa do pleuriz, muito mais quanto póde dar-se o facto de ser infructifera a inoculação de liquido evidentemente tuberculoso ; e este resultado negativo se observa na proporção de 41 por cento (Netter). Para mostrar o rigor com que foram executados os seus estudos experimentaes com relação ao facto que procurava demonstrar, Netter, inoculando em animaes liquido sero-fibrinoso proveniente de pleuriz, dependente de outras molestias locais e geraes, e que elle sabia perfeitamente nenhuma relação ter com a tuberculose, nunca conseguiu observar manifestação alguma tuberculosa.

Não me parece fóra de proposito citar aqui a seguinte observação, devida tambem a Netter, e que encerra considerações de grande valia em favor d'esse modo de encarar a questão relativa á etiologia do pleuriz denominado primitivo.

Tratava-se de 14 pleuríticos.

D'esses, 5 acommettidos de pleuriz, aparentemente primitivo ; 4 de pleuriz evidentemente tuberculoso ; e 5 de pleuriz, cuja causa, perfeitamente conhecida, era independente da tuberculose.

Entre os individuos do primeiro grupo, dous transmittiram por inoculação do liquido a tuberculose a cobaias ; entre os do

segundo grupo, um só conseguiu transmittir a tuberculose ; e entre os do terceiro, a inoculação nenhum resultado deu.

A tuberculina, cujo valor diagnostico em relação á tuberculose é tão conhecido, não podia escapar aos investigadores, que, invocando o seo auxilio, novos argumentos encontraram, que vieram corroborar a sua crença na natureza tuberculosa do pleuriz primitivo, essencial.

Os relatorios officiaes das clinicas na Prussia nos mostram que entre individuos, acommettidos de pleuriz apparentemente simples, 87 por cento apresentavam reacção geral e local ás injectões de tuberculina.

Pelo mesmo relatorio, se vê que entre os individuos, nos quaes a tuberculose não admittia duvida, 90 por cento manifestavam pelas injectões as mesmas reacções ; que, em individuos simplesmente suspeitos, as reacções se observavam na proporção de 59 por cento, e que, finalmente, em individuos sãos, na de 85 por cento.

Comparando-se estes resultados, que nos fornece uma estatistica escurpulosa, vemos que os pleuríticos são sensiveis á tuberculina no mesmo grau em que o são os individuos manifestamente tuberculosos.

Por sua vez, Debove e Renault encontraram no liquido pleuritico a tuberculina, e injectando-o em individuos atacados de lupus, determinaram n'estes reacção geral e local.

Em resumo, podemos dizer que as pleurisias « a frigore » devem ser attribuidas na sua maior parte ao bacillo de Koch ; na proporção com certeza exaggerada de 90 por cento, segundo Landouzy.

Ha ainda outros agentes pathogenicos, a cuja intervenção alguns bacteriologistas têm attribuido a producção do pleuriz.

Talamon assevera ter encontrado em casos de pleurisia sero-fibrinosa essencial o pneumo-coccus, sem que tenha podido notar a concomitancia da pneumonia.

O streptococcus foi observado no derrame seroso por



Fränkel, por Weichselbaum, por Vaillard, sem que o pleuriz tivesse tomado a forma purulenta.

Estes diversos agentes poderiam ser talvez a causa do pleuriz puramente sero-fibrinoso, e, todavia, não indicar fatalmente a transformação purulenta do derrame.

Com effeito, no caso acima referido, elles poderiam agir com menor energia na sua virulencia, e d'esse modo provocar simplesmente o apparecimento de um derrame sero-fibrinoso.

E não é completamente falso este modo de pensar, se, como diz Gravit, a suppuração não é uma reacção especifica dos tecidos contra uma causa especifica; ella não é mais do que um gráo mais adiantado na escala das lesões inflammatorias.

A pleurizia serosa estaria aqui em relação á pleurizia purulenta no mesmo caso de erysipela simples para uma que suppura.

Essa diversidade na etiologia explica as modalidades que o pleuriz póde apresentar na sua marcha, gravidade, duração e terminação. O conhecimento seguro da natureza etiologica do pleuriz é ás mais das vezes impossivel de ser obtido, mesmo com o auxilio da bacteriologia, e entretanto esse conhecimento viria prestar auxilio valioso para formular com acerto o prognostico e nos indicar a therapeutica mais vantajosa.

Causas etiologicas accessorias :

A idade, o sexo e as variações da atmosphaera têm certa influencia no apparecimento da molestia.

E' mais frequente na idade adulta ; é rara nas crianças de idade inferior a cinco annos.

As pessoas do sexo masculino são em geral mais sujeitas ao pleuriz.

O pleuriz é observado maior numero de vezes por occasião das mudanças bruscas de temperatura.



## Symptomatologia

---

Os symptomas que marcam o inicio de uma pleurizia sero-fibrinosa são o calafrio, a pontada, a dyspnéa, a tosse e a febre.

Estes symptomas, porém, não são sempre constantes; variam de um individuo para outro no seu gráo de intensidade, e não apresentam, em todos os casos, a mesma ordem de successão.

A « febre », que frequentemente coincide com o calafrio, se declara sob a fórma intermittente quotidiana, que, dias depois, póde tornar-se remittente, oscillando da manhã para a tarde de 38° a 39°,5.

Ella desaparece, em grande numero de casos, no fim de 8 dias; algumas vezes, porém, persiste até que o derrame comece a ser reabsorvido; e, outras vezes, finalmente, ella se conserva durante toda a duração d'este.

O « calafrio » na pleurizia precede geralmente todos os outros symptomas. Distingue-se do que acompanha a pneumonia, não só porque sua duração é menor, como porque sua intensidade é menos consideravel.

E', como diz Peter, « plutôt une horripilation avec sentiment de froid. »

A « pontada » no peito é um symptoma quasi constante. E' uma dôr aguda e pungitiva, que se localisa muitas vezes no 5° ou 6° espaço intercostal do lado doente, e cuja causa deve, segundo Peter, ser attribuida á inflammação dos nervos intercostaes, e, segundo G. Sée, á dos planos fibrosos contiguos á pleura. A tosse, a respiração ou qualquer outro movimento do doente augmentam sua violencia. A intensidade da pontada, a sua séde e duração variam muito.

A « tosse » na « pleurizia » é secca e penosa ; é, devida, conforme a opinião de Peter, á deslocação do liquido e irritação por elle produzida sobre os filetes terminaes do nervo pneumogastrico. Assim, pois, para este notavel clinico, uma tosse secca e pertinaz, apparecendo por occasião de um movimento brusco do doente é signal de muito valor para o conhecimento da pleurizia com pouco exsudato ; em certa occasião este signal lhe permittio mesmo á distancia formular diagnostico acertado da molestia.

A « dyspnéa » é algumas vezes muito ligeira, constituida por uma respiração curta, rapida e superficial ; outras vezes, é extremamente incommoda para o doente, dolorosa mesmo, e podendo se tornar realmente angustiosa.

A causa da dyspnéa não se explica da mesma maneira em todos os periodos da molestia : no começo, é a dôr que impede a realisação completa dos movimentos respiratorios, então muito frequentes por causa da febre ; mais tarde, é a abundancia do derrame, que, comprimindo o pulmão, perturba o livre funcionamento deste orgão ; e, em certos casos, vêm exageral-a ainda a congestão e edema do lado são.

A dyspnéa, porém, nem sempre é proporcional á abundancia do derrame. Casos ha em que derrames consideraveis não se revelam por difficuldade alguma da respiração e podem passar despercebidos do proprio doente. O inverso tambem tem muitas vezes lugar. E' um assumpto, a que voltarei, quando me occupar das indicações da thoracentese.

O « decubito » do doente deve tambem despertar a attenção do clinico. No começo da molestia, quando a dôr não é ainda muito aguda, o doente se deita de costas ou do lado são, para evitar qualquer pressão sobre uma região já tão sensível e dolorosa. Mais tarde, extincta ou attenuada a dôr e effectuado o derrame, o doente procura se deitar do lado onde existe o derrame para deixar ao pulmão do lado opposto toda a amplitude de suas funcções, toda a sua liberdade de expansão. Apesar de não ter um caracter constante e fixo, este facto constitue em



certos casos para Peter um signal tão importante da existencia de um derrame na cavidade pleuritica, que o leva a dar a seus discipulos o seguinte conselho : quand un malade vous dira qu'il....., mais que depuis quelque temps il ne peut se coucher que sur un seul cotê, qu'il est immédiatement pris de suffocations des qu'il essaye de dormir sur le cotê opposê, croyez et affirmez que cet individu a un enorme epanchement dans le cotê de la poitrine, surle quel il se couche, habituellement et sur le quel il est obligê de se coucher exclusivement.

## SIGNAES PHYSICOS

Os signaes, que nos são fornecidos pelos differentes meios de exploração, de que podemos dispor, variam nos diversos periodos em que examinamos o doente. Assim, pois, descrevendo cada um desses meios de per si, procurarei indicar o que elles nos deixam perceber nas diversas phases da molestia.

### Inspeção

O thorax; no lado sã, se mostra mais ou menos immobilizado, no principio em consequencia da dôr e mais tarde por causa do derrame; do lado sã, porém, a expansão dos movimentos respiratorios exaggera-se. O lado doente, mesmo no começo da molestia, apresenta-se dilatado em relação ao outro lado. Esta dilatação mais ou menos consideravel conforme a abundancia do derrame, póde, occupando toda a metade do thorax, dar-lhe uma fórma globulosa, ou, em casos de pleurisias parciaes, limitar-se a certos pontos da parede thoracica, o que constitue caracter valioso no diagnostico dessa forma de pleurizia.

A mensuração comparativa de um e outro lado nos indicará a differença que existe entre elles, notando-se porém, quando effectuamos essas mensurações, que existe normalmente em proveito do lado direito um excesso de 2 a 3 centimetros.

Seria preferível, para evitar irregularidades que costumam sobrevir no decurso de uma pleurisia e até mesmo para se apreciar a marcha do derrame, recorrer-se á mensuração do perimetro total do thorax, o que se deverá fazer quotidianamente, e tomando-se um traçado, como para a temperatura.

As deformações thoracicas, que se observam nos derrames muito abundantes, e sobretudo o thorax obliquo oval de Peyrot, se reconhecem facilmente, determinando-se o gráo de desvio do esterno, que se afasta do lado doente, e é o que se faz pelo processo descripto por Pitres sob a denominação de « signe de cordeau » e que consiste no seguinte : Dezenha-se sobre o peito do doente uma linha na direcção do eixo do esterno depois estende-se um cordel do meio da furcula esternal á symphise do pubis. Em um individuo são, as duas linhas se correspondem ; quando, porém, existe um derrame, o appendice xiphoide se desviará para a direita ou para a esquerda da linha mediana, e o eixo de esterno fará com a linha representada pelo cordel um angulo de abertura variavel.

### **Palpação**

Este meio de exploração pouco ou nada póde indicar no periodo inicial da molestia ; mas, desde que certa quantidade de liquido se forma na cavidade pleuritica, elle nos permite a verificação de phenomenos muito importantes no diagnostico de um derrame.

A immobibilidade, a dilatação e deformações do lado doente, o edema das paredes do thorax, a fluctuação intercostal de Monneret e Fleury, a fluctuação vibratoria de Tripier e, sobretudo, a diminuição ou o desaparecimento das vibrações thoracicas são symptomas de grande valor, que a palpação revela.



Este ultimo symptoma é talvez o mais seguro indicio de um derrame na pleura.

A existencia de uma camada liquida entre o pulmão e a parede thoracica impede a producção das vibrações thoracicas da voz, de maneira que ellas são diminuidas ou abolidas, por toda a parte onde existir o derrame, reapparecendo immediatamente acima delle, exaggeradas pela condensação do pulmão.

A comparação dos dous lados do peito é condição indispensavel para o bom resultado deste meio de exploração com relação ao desaparecimento das vibrações do thorax; porquanto o fremito vocal mesmo no estado normal muitas variações soffre de um individuo para outro, conforme o ponto examinado, o maior ou menor desenvolvimento da camada muscular e muitas outras circumstancias, a que devemos attender.

### **Percussão**

No estado de pleuriz secco, a percussão da região doente nos revela ou uma ligeira semi-obscuridade, sem limites precisos, ou ás vezes exaggero de sonoridade ou mais frequentemente sonoridade normal.

A' medida, porém, que apparece o derrame, percebe-se na parte posterior e inferior do thorax, em maior ou menor extensão, um som mais ou menos obscuro, dependente da quantidade do liquido e do ponto percutido; som que, no fim de certo tempo, torna-se completamente obscuro, constituindo a «obscuridade hydrica» de Piorry. A obscuridade vai diminuindo á medida que se approxima das camadas superiores do liquido, até que afinal termina por uma linha curva de convexidade superior, conforme a natureza do derrame.

Peter liga grande importancia á existencia d'essa linha

curva no limite superior do derrame, porque, segundo elle, por meio desse signal póde-se não só reconhecer de um modo seguro a existencia de um derrame e sua natureza, como também formar juizo mais ou menos approximado sobre o seu prognostico, e estabelecer as bases de um tratamento racional.

A linha de obscuridade em um derrame pouco abundante tem a forma de uma parabola, cujo vertice corresponde ao angulo do omoplata, cujo ramo posterior chega até a columna vertebral e cujo ramo anterior vai tocar a extremidade inferior do bordo esquerdo do esterno. Esta linha, quando o derrame augmenta, torna-se horizontal.

A fórma parabolica da linha de nivel se explica por um effeito de gravidade, que, em consequencia do decubito a que é obrigado o doente, reúne o liquido na parte inferior da gotteira vertebral, onde persiste, apesar da posição vertical que o doente póde tomar depois, quer, por causa do enkystamento do liquido, segundo Potain, quer, pela sua viscosidade, na opinião de Peter. A persistencia, da linha curva superior, em qualquer posição do doente, só se observa quando se trata de um liquido sero-fibrinoso; no caso, porém, de um derrame puramente seroso, a linha de nivel é sempre horizontal e varia com a posição do doente.

Se percutirmos na região claviclar do lado do derrame, descobriremos uma resonancia exaggerada, o «skodismo», conforme a denominação, que, em homenagem a Skoda, lhe deu Trousseau.

Dá lugar a esse phenomeno acustico a presença, na região claviclar, do pulmão, que para ahí é impellido pela abundancia do derrame.

A' medida que o liquido sobe, a resonancia exaggerada, que constitue o skodismo, vai diminuindo até desaparecer completamente, desde que o liquido invade o fundo de sacco superior da pleura.

A's vezes, quando o liquido por sua abundancia, comprime completamente o pulmão, percebe-se um som tympanico (som



tracheal de Williams), que é produzido pelo abalo da columna de ar tracheo-bronchica, durante a percussão, atravez do pulmão solidificado.

A obscuridade pleuritica confunde-se do lado direito com a do figado, e, á esquerda, termina em um nivel que varia com a quantidade de liquido existente na pleura. Com effeito, do lado esquerdo do peito, existe normalmente uma zona especial, onde a percussão dá lugar a um som tympanico : é o espaço semi-lunar de Traube, que tem por limites superiores a 5ª ou 6ª cartilagem costal adiante, a 9ª ou 10ª costella, atraz, e por limite inferior o rebordo costal. Ao espaço de Traubo correspondem anatomicamente a parede costal, a sua pleura, o diaphragma e sua pleura, e mais profundamente o colon e o estomago.

O som tympanico, que ahi se produz, sob a influencia de um derrame pleuritico, vai diminuindo de cima para baixo até ser completamente substituido por absoluta obscuridade.

E', pois, o desaparecimento do tympanismo, no espaço semi-lunar de Traube, signal importante de um derrame consideravel ; comquanto, em certos casos, como mostrou Trousseau, possa esse facto ser attribuido á adherencias ou symphises pleuro-costaes.

A existencia de attrito denuncia as adherencias ; e no caso de symphises pleuro-costaes, observa-se, como diz Jaccoud, á cada inspiração uma depressão activa dos espaços intercostaes inferiores, a partir do 6º ou 7º, e coincidindo com esta depressão uma tracção das costellas para a linha mediana.

Existe ainda, revelado pela percussão, um signal importante, descripto por Sieur e por elle denominado « signe du sou » e que consiste em um som claro argentino, que se percebe em qualquer lugar onde existe derrame, quando, percutindo-se uma moeda contra outra collocada sobre a parede anterior do peito, applica-se o ouvido em um ponto correspondente da região posterior.

### Auscultação

O signal de maior valor, que ella nos fornece, é o enfraquecimento e mesmo a abolição do murmurio respiratorio ao nivel do derrame.

Conforme a abundancia d'este, a respiração se mostra enfraquecida em maior ou menor extensão, chegando a não ser mais notada em toda a altura do thorax, excepto em um pequeno espaço junto á columna vertebral, occupado pelo pulmão, onde é sempre ouvida.

Antes de qualquer derrame, a respiração fraca, que então se observa, é devida á dôr, que embaraça os movimentos respiratorios ; e, depois da reabsorpção do liquido, o mesmo facto se dá, por causa da persistencia de falsas membranas.

O enfraquecimento do murmurio respiratorio é acompanhado de um sopro, cuja séde e intensidade variam. Quando o derrame é pouco abundante, a expiração começa a modificar-se, torna-se mais aspera, mais prolongada, e, afinal, se transforma em um sopro brando, velado, longinquo que se ouve no limite superior do derrame, junto ao angulo do omoplata.

Este sopro resulta da fusão de um resto de murmurio respiratorio e do ruido bronchico ; e o seu character doce e velado é, segundo Jaccoud, devido á vibração de uma delgada camada de liquido.

Augmentando a quantidade de liquido existente na pleura, o murmurio respiratorio acaba por desaparecer completamente, e o sopro toma o timbre rude do sopro tubario, que se ouve ordinariamente em ambos os tempos da respiração, e cuja séde mais habitual é o espaço existente entre o omoplata e a columna vertebral. O sopro tubario não é mais do que o ruido bronchico transmittido ao ouvido pelo pulmão condensado. O sopro tubario póde, mais tarde, com os progressos do derrame, ser substituido pelo sopro cavernoso ou amphorico.

Finalmente, no fim de algum tempo, nada mais se ouve



no lado doente ; tanto o murmúrio respiratorio, como o sopro desapparecem completamente.

Em relação á voz, a auscultação fornece dados muito valiosos para o conhecimento exacto da molestia de que tratamos. Auscultando-se um doente, que tem na pleura um derrame, verifica-se que as palavras pronunciadas por elle em voz alta se transmitem ao ouvido de quem examina com certas modificações especiaes, descriptas por Laennec sob a denominação de egophonia e broncho-egophonia.

Egophonia é uma resonancia particular da voz que acompanha ou segue a articulação do som ; tremula, como se o individuo fallasse sob a influencia de um calafrio intenso, assemelha-se no seu character e timbre ao balido da cabra ; parece antes, na expressão de Laennec, um echo da voz do doente, do que sua propria voz. A egophonia depende da existencia de uma certa quantidade de liquido na cavidade da pleura ; apparece dous ou tres dias depois do começo da pleurizia ; e se ouve de preferencia no limite superior do derrame, coincidindo ahi com o sopro doce, velado, que já descrevemos ; diminue á medida que o nivel superior do liquido sobe ; e finalmente desapparece quando o augmento do liquido é consideravel.

Quando uma congestão pulmonar ou uma pneumonia se associam á pleurizia, ou quando o derrame cresce, a egophonia apresenta-se com uma retumbancia mais ou menos pronunciada da voz, e então torna-se o que se denomina broncho-egophonia. Casos ha em que a egophonia e a broncho-egophonia se observam concomitantemente ; outras vezes, observa-se um d'esses phenomenos n'um ponto, e outro em ponto diverso.

Se o individuo, cuja cavidade pleuritica contém um abundante derrame, fallar em voz baixa, o ouvido, applicado contra o seu peito, perceberá clara e distinctamente as palavras que elle pronunciar, como si ellas se produzissem no thorax precisamente no ponto onde o medico ausculta, como se o

ouvido do medico estivesse collado aos labios do doente. Este phenomeno é o que se denomina «pectoriloquia aphonica», pela primeira vez observado por Bacelli.

A pectoriloquia aphonica, considerada á principio como pathognomonica do derrame seroso ou sero-febrinoso, não tem mais hoje esse valor que se lhe dava antigamente ; porquanto, póde ser encontrada, ainda que com menor frequencia, nas cavernas pulmonares, na pneumonia, na splenopneumonia, e enfim nas pleurisias purulentas e hemorrhagicas.

A auscultação revela ainda a existencia de um signal, quasi pathognomônico da pleurisia secca, o ruido de attrito, cuja causa é o contacto das duas laminas da pleura, revestidas de exsudato fibrinoso.

Numerosas são as variedades apresentadas pelo ruido de attrito ; ora, é um ruido leve, analogo á respiração granulosa da congestão pulmonar ; ora, assemelha-se ao estertor subcrepitante obscuro ; ora parece um ruido de «couro novo» ; ora, enfim, é um ruido analogo ao da crepitação ossea.

O attrito póde ser percebido tanto na inspiração como na expiração, ou sómente em um destes dous tempos da respiração ; não soffre modificação alguma nem pela tosse nem durante os grandes movimentos respiratorios ; é, ás vezes, sensivel á mão applicada sobre o peito e póde em certos casos, conforme sua intensidade, ser percebido mesmo a uma pequena distancia.

O ruido de attrito marca a phase inicial da pleurisia, quando entre as duas folhas da pleura não existe ainda liquido em quantidade capaz de mantel-as separadas ; nessa occasião é facil ouvil-o na região posterior do thorax á principio, e depois na região axillar, onde elle persiste até que o liquido se torne abundante.

Mais tarde, quando se dá a absorpção, e as duas laminas da pleura despolida põem-se de novo em contacto uma com outra, elle é novamente percebido nos lugares que o liquido vai abandonando, em tanto maior extensão quanto menos li-



quido existe; e afinal, em todos os pontos primitivamente occupados pelo derrame, onde elle ainda póde por muito tempo ser apreciado.

Esse attrito de retorno differencia-se do attrito que indica o começo da molestia por ser mais amplo e mais intenso.

Algumas vezes, na região precordial, percebe-se um attrito ora coincidindo com a systole cardiaca, ora seguido immediatamente a diastole, e inteiramente independente do attrito de pericardite: é ainda devido ao contacto dos dous folhetos da pleura, produzindo-se n'esses casos sob a influencia dos movimentos cardiacos.

Depois que pela auscultação tivermos reconhecido a existencia de um grande derrame em um lado do peito, se empregarmos esse meio de exame em relação ao outro pulmão, n'este iremos encontrar uma respiração exaggerada, forte, pueril, indicando que o pulmão, que ficou livre, procura substituir o outro nas funcções que este não póde mais exercer; e, é por esse motivo, que o seu trabalho cresce e a sua actividade se exaggera.

A respiração pueril, que se observa no lado são, póde algumas vezes se propagar até uma grande extensão do lado doente e causar assim embaraços, quando se quer verificar a ausencia do murmuro respiratorio n'este lado; do mesmo modo, o sopro, que se origina no pulmão doente, póde se ouvir no lado são.

E' facil evitar o erro, se attendermos ao facto de que os ruidos propagados vão se enfraquecendo, á medida que auscultarmos em pontos, que, pouco á pouco, mais se vão afastando da columna vertebral, e por conseguinte, da pleura lesada.

Além da respiração pueril, encontramos muitas vezes no lado opposto ao pleuriz estertores sibilantes, sonoros e sub-crepitantes, indicios de uma bronchite ou de uma congestão, que podem, ás vezes, ser bi-lateraes.

### **Deslocamento dos órgãos vizinhos**

Pela associação dos diversos processos de investigação, taes como a percussão, a palpação e a auscultação, chega-se ao conhecimento de um phenomeno de summa importancia, que constitue um signal preciosissimo de um derrame pleuritico: o deslocamento dos órgãos vizinhos.

O coração póde ser desviado, quer para a direita, quer para a esquerda, conforme a séde do derrame

Nas pleurisiaas direitas, o coração desvia-se para a esquerda, soffrendo ligeiro abaixamento, e a sua ponta é percebida, um ou mais centimetros, fóra da linha mamillar, no 6º, e ás vezes, no 7º espaço intercostal.

Quando o derrame occupa a cavidade pleuritica esquerda, o desvio do coração é muito mais consideravel. Não é sómente a ponta do coração, que se desvia para o lado direito, é o coração, em sua totalidade, que é impellido para o outro lado; e, nesta nova posição que occupa, suas relações com a parede thoracica soffrem modificações, que importa assignalar. A ponta se approxima pouco a pouco do esterno, colloca-se abaixo d'elle no epigastro, e finalmente, apparece no lado direito, algumas vezes debaixo do mamelão direito.

Para Dieulafoy, o conhecimento exacto da extensão do desvio do coração é para o medico um facto de alcance capital, porque, d'esse modo, não só a certeza de um abundante derrame se avigora, como tambem se póde avaliar, com maior ou menor approximação, a quantidade do derrame, o que para elle constitue a unica condição reguladora da urgencia da intervenção pela thoracentese.

Assim, conforme escreve o citado proferior, para se verificar o desvio do coração, é de necessidade procurar o ponto maximo da systole cordiaca. Quando este ponto maximo attinge o bordo esquerdo do esterno, existe na pleura do lado



esquerdo um derrame de 5 a 600 grammas ; quando, chega ao bordo direito, o derrame póde ser avaliado em 1200 grammas ; e afinal, o ponto maximo da systole é percebido entre o esterno e o mamelão direito com um derrame de 1800 a 2000 grammas ; é, então, o momento em que a thoracentese é de urgencia.

Não é impunemente que o coração se desloca em uma extensão por vezes tão consideravel : as suas auriculas, menos resistentes do que os ventriculos, soffrem um certo grau de compressão, que, na auricula direita, determina a diminuição do volume do coração e expõe á morte repentina ; e que, na auricula esquerda, augmenta o volume do coração direito, provocando o edema pulmonar e a stase venosa.

Os derrames do lado direito, conforme sua abundancia, produzem o abaixamento do figado e do diaphragma.

O abaixamento do figado é tambem um signal de grande valôr na avaliação da quantidade de liquido; porquanto o figado não se deixa deprimir e abaixar senão por um derrame de 1200 a 1800, conforme avalia Dieulafoy.

O bordo inferior do figado, n'este caso, póde passar, de um a dous cedtimetros, o rebordo das falsas costellas ; ás vezes, desce ainda mais; e chega, posto que muito raramente, até a região umbellical e arcada de Falloke.

Ainda que o figado, nos derrames á direita, não nos possa dar quanto á quantidade do liquido indicações tão precisas, como faz o coração em relação aos derrames esquerdos, todavia, nos derrames á direita é ainda de maior necessidade esse conhecimento, porque parece provado que os casos de morte repentina são mais frequentes quando se trata de derrame e direita do que nos derrames que se processão á esquerda.

O baço tambem soffre algum abaixamento, mas, com menor frequencia ; e além disso, o facto não é facilmente observado.

---

## Marcha, duração e terminação

O pleuriz é uma molestia que nem sempre apresenta em sua evolução regras fixas e invariáveis. A successão de seus symptomas, as variações thermometricas, o apparecimento e a absorpção do derrame são factos, ás vezes, tão inconstantes, tão caprichosos, tão irregulares, que nada poderemos prever sobre a maior ou menor quantidade do derrame, sobre a época provavel da queda da temperatura, e se com ella coincidirá a reabsorpção do liquido, de que modo terá lugar esse abaixamento; e, afinal se, apesar d'elle, o derrame continuará na sua evolução ascendente.

Todavia, apesar dos factos registrados, a inconstancia e irregularidade na sua evolução não constituem de ordinario a regra mais commum; e no maior numero dos casos da molestia, poderemos perfeitamente sobre sua marcha, duração e terminação descrever o que de mais corrente tem estabelecido a observação clinica.

Quasi sempre o começo é brusco: o calafrio, a febre, a prostração de forças, a pontada, e uma ligeira dyspnea constituem o inicio da molestia.

Em geral, não ha prodromos; mas, nos casos em que apparecem, consistem em uma dôr vaga em um lado do peito, em bronchite ou ainda embaraço gastrico.

Aos symptomas, que marcam o começo da molestia, succede uma outra phase, que precede mais ou menos tempo á formação do liquido: é o periodo de pleurisia secca.

Este periodo é constituído por symptomas funcçionaes, asiados de diversos modos, por uma sonoridade normal ou tympanica, conservação das vibrações, e sobretudo pelo ruido de attrito.

Este periodo dura pouco. O derrame é a regra nas pleu-



rizias, que estudamos ; mas a época de sua apparição varia ; desde o 2º até 15º dia, ou até o 17, conforme um caso, citado por Dieulafoy.

A rapidez com que se fórma o liquido e a sua abundancia egualmente variam. Elle augmenta de uma maneira continua, apresentando por vezes paradas ou oscillações, no praso de 15 dias, ou em menos tempo ; e raras vezes, em mais de 20 a 25 dias.

Chegado ao seu maior augmento, o liquido conserva-se, por espaço de 1 a 3 dias estacionario.

Depois d'esse tempo, a reabsorpção se faz com rapidez durante os 2 ou 3 primeiros dias ; depois, torna-se mais lenta por algum tempo ; e, ás vezes, apresenta tal oscillação, que faz suspeitar o seu augmento.

Os signaes physicos, que denunciavam o derrame, vão desapparecendo e outros vem substituil-os : a sonoridade, o murmurio respiratorio e as vibrações thoracicas vão apparecendo de cima para baixo ; e, pelo mesmo tempo, reapparece o ruido de attrito (ruido de couro novo).

Os órgãos deslocados voltam ao seu logar primitivo ; o pulmão torna a adquirir suas funcções ; a dilatação do thorax desapparece ; e, em seu logar, observa-se, ás vezes, uma depressão das paredes do peito.

Por causa das falsas membranas, que podem persistir durante muito tempo após a reabsorpção do liquido, não é muito raro observar durante mezes a existencia de uma semi-obscuridade na base, enfraquecimento do murmurio respiratorio e diminuição das vibrações thoracicas.

A febre, como os demais symptomas geraes, deixa de existir no começo da resolução ; em certos casos ella póde já ter desapparecido, e o derrame ainda estar augmentando ; ou persistir, quando o derrame já está em grande parte reabsorvido.

O periodo de resolução dura na media o mesmo tempo que o do augmento, d'onde resulta para a duração total da molestia a media de 30 a 40 dias.

Mas está claro que a duração da molestia póde, segundo diversas circumstancias, variar muito desde alguns dias até varios mezes.

Si, passado um mez, o derrame não mostra tendencia para diminuir, a pleurisia, de aguda que era, torna-se chronica. Os signaes physicos conservão-se com os mesmos caracteres, que apresentavão precedentemente. No que diz respeito aos symptomas geraes, observa-se ligeira modificação; a febre só apparece á tarde ou então de tempos a tempos; o appetite volta, mas as digestões são laboriosas; a respiração não se executa em toda a sua liberdade. Depois de algum tempo, que póde variar, esta pleurizia chronica, póde terminar pela tambem resolução.

Conforme já tinha observado Laennec, a retracção do lado eorrespondente do thorax é muitas vezes o resultado da pleurisia chronica. A retracção da parede thoracica na pleurisia pode ser explicada de duas maneiras: ou, admittindo-se que o pulmão por muito tempo comprimido pelo derrame perdeu sua elasticidade, e, não conseguindo recuperar o seu volume primitivo, não poderá impedir a acção do ar athmospherico sobre a parede thoracica; ou então, explicando pela presença de adherencias resistentes, que funem o pulmão ao thorax. A's mesmas causas, carnificação do pulmão e existencia de membranas espessas, podemos attribuir a conservação durante a pleurisia chronica da matidez, do enfraquecimento das vibrações thoracicas, e do murmurio vesicular.

Posto que de um modo muito menos pronunciado, não raro se observam, em consequencia das pleurisias agudas a retração thoracica, a persistencia de falsas menbranas, atrophias musculares

As adherencias explicam a diminuição da sonoridade, das vibrações e do murmurio respiratorio; as athrophias mus-



culares sendo causa da immobillidade do lado doente e, mais tarde, dando logar a deformação do thorax, não podendo os musculos de um lado resistir á contracção dos homonymos do outro lado.

Outro modo de terminação da pleurisia aguda é a transformação purulenta do derrame.

Dieulafoy, depois de repetidas observações, chegou á conclusão de que o derrame que não contém mais de 3000 globulos vermelhos por millimetro cubico em geral não soffre transformação purulenta ; ao passo que as pleurisias «histologicamente hemorrhagicas» ás que por millimetro cubico encerram mais de 5000 globulos vermelhos, serão mais tarde purulentas. E é, por desconhecer esse facto, que muitas pessoas, tendo retirado liquido pleuritico em phases differentes, attribuiram á thoraceutese a transformação purulenta de um liquido seroso.

A pleurizia aguda, posto que muito raras vezes, póde terminar pela morte subita. Essa terminação, segundo as autopsias feitas pelo professor Dieulafoy, só se dá quando o liquido attinge a dous litros; e mais commumente esse resultado desastroso se observa em relação aos derrames direitos.

Varias são as opiniões que se tem emittido para explicar a morte subita. Alguns procuraram explical-a pela torsão dos grossos vasos do coração, quando um derrame os desloca; outros, pela flexão da veia cava ascendente; outros pela compressão da auricula direita; e outros pela thrombose do coração e arteria pulmonar, thrombose, cujas condições productoras são o embaraço da circulação pulmonar em virtude da compressão do pulmão e a ausencia da aspiração thoracica.

A degeneração gordurosa do coração (M. Raynaud), a myocardite sclerosa, a pericardite (Goupil), tem tambem sido invocadas como factores da morte.

A morte póde ainda sobrevir, sem todavia apresentar o character, por assim dizer fulmirante, dos casos que acabamos de citar; quer, quando resulta de uma embolia cerebral,

formada por um coagulo, proveniente de uma thrombose das veias pulmonares; quer quando segue a compressão das veias cavas, superior e inferior, facto este, que é denunciado por um embaraço circulatorio, cyanose, hydropisias, edema etc.

Emfim, com os progressos do derrame, póde ainda ter lugar a morte, em virtude da perturbação prolongada da hematose; facto esse, que se observa com mais frequencia na pleurizia dupla ou na pleurizia simples, complicada de congestão pulmonar no lado opposto.

### **Complicação**

A pleurizia não apresenta sempre, em sua evolução, o caracter benigno que lhe é proprio.

Muitas vezes outras molestias, se lhe associando, complicam a situação, embaraçando o diagnostico, sombreando o prognostico, e difficultando o tratamento.

A congestão do pulmão, recalcado pelo derrame, e ainda mais, a congestão do pulmão são constituem, segundo mostrou Potain, complicação muito frequente da pleurisia. Neste caso, o campo da hematose, consideravelmente limitado, póde tornar-se a causa de uma terminação fatal pela asphyxia que provoca.

Outra complicação da pleurizia é a pericardite, que póde tambem aggraval-a, concorrendo para a compressão do coração com seus subsequentes accidentes. A pericardite, no decurso de uma pleurisia, ora evolue em virtude da propagação da inflamação da serosa pleuritica ao pericordio; ora, é o resultado da compressão das auriculas ou da veias azigos por um derrame abundante; ora, finalmente, é o resultado de uma stase na circulação venosa geral.

A pneumonia póde ser uma vez ou outra complicação do



pleuriz ; mas, o facto é raro na forma da molestia, que estudamos.

A complicação produzida pela bronchite já é mais frequente.

Mencionarei ainda uma complicação interessante das pleurizias, os abcessos peripleuríticos, que se observam na parede thoracica do mesmo lado do derrame.

Elles evoluem, em geral, como abcessos frios ; algumas vezes, porém, como abcessos quentes. Alguns autores são de opinião que os abcessos peripleuríticos resultam da propagação do processo inflammatorio ao tecido presternal ou supracostal. A opinião mais corrente é a de Duplay, que acredita serem elles devidos á periostite costal, quasi sempre de origem tuberculosa, e desenvolvida sob a influencia do pleuriz.

---

## Diagnostico

O diagnostico do pleuriz, antes do apparecimento dos signaes physicos, é muito difficil ; e, ainda mesmo depois que estes se revelam, a duvida e a incerteza ainda podem pairar muito tempo em nosso espirito.

Muitas são as molestias, que podem se confundir com o pleuriz, e que para seo diagnostico differencial exigem do medico o mais escrupuloso cuidado, a mais minuciosa observação, e o mais delicado exame.

Vem em 1º lugar a pneumonia.

Em ambas molestias, o calafrio, a pontada, a tosse, a febre a dyspnéa, a matidez, o sopro e a bronchophonia são signaes communs ; o proprio ruido de attrito póde ás vezes apresentar certa semelhança com o estertor da pneumonia. Mas ha todavia um conjuncto de circumstancias que pode nos permittir a differenciação.

Com effeito na pneumonia, o calafrio é violento e unico; a pontada, menos dolorosa ; a febre, mais elevada ; a dyspnéa, mais intensa ; e a prostração, mais profunda febre, dyspnéa e prostração, proporcionaes á extensão da matidez.

Além disso a pneumonia tem dous signaes, que a distinguem: os escarros cor de ferrugem e os estertores cripitantes.

Em relação a este ultimo signal da pneumonia, convém notar desde já que se, como pouco acima dissemos, pode elle apresentar certa analogia com o signal caracteristico do pleuriz no seu começo, o attrito ; todavia, a distincção é possivel, lembrando-se, que os estertores apparecem desde o começo da inspiração, ao passo que o attrito, mais tardio, só apparece no fim da inspiração.

Por sua vez, o pleuriz tem alguns signaes, que, embora não sendo pathognomonicos, são todavia quasi contantes nessa molestia : e são a egophonia, a diminuição das vibrações thora-



cicas, a petoriloquia aphonica, e o « son d'airain ou de sou », que tive occasião de descrever quando me occupei da symptomatologia.

Além d'isso, nos derrames, a abolição da elasticidade das paredes é mais completa; a matidez, mais absoluta, limitada por uma linha parololica; e, em certos casos, se deslocando com os movimentos do doente, o que de maneira alguma se dá na pneumonia.

Se recorrermos aos signaes, que fornece a auscultação, verificaremos que nem sempre de grande valor é o que elles nos podem offerecer relativamente a essa differenciação.— No pleuriz, o sopro é, em geral, mais doce mais brando, mais velado, do que se observa na pneumonia; mas em certos casos de grande derrame, elle se apresenta tão rude e aspero, como o pneumonico. A egophonia, a bronchophonia, a pectoriloquia aphonica, e até mesmo a ausencia de vibrações thoracicas podem ser notados no curso de certas pneumonias.

Assim cada signal isolado póde falhar; é, pois, necessario, nos casos difficeis, recorrer ao conjuncto dos signaes phisicos, se quizermos fazer da molestia um diagnostico seguro e exacto.

Em todo caso, um sopro, que não se acompanha de estertores, uma obscuridade extensa, coincidindo com o silencio respiratorio, e a ausencia de vibrações thoracicas, são mais que presumpção, constituem quasi certeza de um derrame pleuritico.

Quando uma pneumonia coincide no mesmo lado da peito com um derrame pleuritico, muito difficil se torna o diagnostico da dupla lesão, pneumonia e pleuriz. A camada liquida que se acha diante da porção inflammada do pulmão, e a existencia de falsas membranas na pleura, modificam os signaes phisicos e os caracteres da propria matidez. As difficuldades crescem ainda mais, se certos signaes proprios da pneumonia, como os escarros cor de ferrugem, não apparecem.

Algumas vezes, porém, esse duplo diagnostico pode ser feito com facilidade porque os symptomas da pneumonia do

minam em geral os do pleuriz, ou se lhe associam de uma maneira clara, como por exemplo, quando ao lado da egophonia, percebemos estertores.

Quando a pneumonia não occupa o mesmo lado que o derrame, distinguiremos perfeitamente em cada lado os signaes proprios de cada molestia.

A congestão pulmonar tem com a pleurizia muitos signaes communs, de maneira que muitas vezes o diagnostico differencial entre uma e outra molestia apresenta serios embarços.

Os signaes funcçionaes são analogos; e os revelados pelos differentes meios de exploração physica apresentam em certos casos maior ou menor semelhança.

A duvida, porém, pode se dissipar, attendendo-se a um conjunto de signaes que acompanham a congestão pulmonar: a tosse é seguida de uma expectoração albuminosa característica; a febre desaparece bruscamente no 4º ou 5º dia; algumas vezes em lugar da matidez profunda do pleuriz, a percussão só deixa perceber uma submatidez, sem limites bem definidos; ha conservação da elasticidade normal das paredes thoracicas; as vibrações thoracicas tornam-se ligeiramente diminuidas, e nunca completamente abolidas; e agophonia e a bronchophonia existem, ás vezes, mas, sem a clareza, com que são observadas no pleuriz; a respiração fraca e o sopro bronchico são raros. Além disso esses signaes são muito inconstantes, variaveis e fugazes; desaparecem de um dia para outro; e não são mais notados depois do abaixamento da temperatura febril.

Muitas vezes, como observaram Potain e seu discipulo Serand, uma congestão pulmonar, se associando a um pleuriz, modifica a tal ponto os symptomas, que podemos suppor que se trata de um abundante derrame, quando a quantidade de liquido é insignificante; ou então, attribuiremos todos os symptomas á uma congestão pulmonar, sem que nos venha ao espirito a suspeita de que se trata de um derrame.

Com effeito, em virtude da congestão do pulmão, a distribuição do liquido na cavidade pleuritica se modifica; o



pulmão, mais denso e mais volumoso, mergulha no meio da massa liquida, faz subir o seu nivel, de maneira que nos parecerá que se trata de um grande derrame, quando apenas na pleura existe uma pequena quantidade de liquido.

Mas, nesse caso, existem certos signaes pelos quaes podemos chegar ao conhecimento da «pleuro-congestão», conforme a denominação dada por Potain a essa associação do pleuriz e da congestão pulmonar. Esses signaes, em breves palavras, são os seguintes: começo brusco com dyspnéa exaggerada e dor pouco intensa; existencia de uma zona obscura, onde é completa a abolição das vibrações e onde se observa a broncho-egophonia; e, acima desta zona uma outra semi-obscura, onde as vibrações são apenas diminuidas, e onde se ouvem o sopro com bronchophonia, e ás vezes estertores finos; emfim, expectoração albuminosa.

A diminuição brusca dos symptomas e o abaixamento muito rapido do nivel do liquido são symptomas especiaes da congestão.

Muitas vezes, a marcha da molestia indica que a congestão pulmonar não só se associa desde o começo ao derrame pleuritico como muitas vezes ella o domina e regula. A congestão ainda perdura por muito tempo, depois da reabsorpção do do derrame que, nesse caso, se faz de ordinario com muita rapidez.

A «spleno-pneumonia», molestia estudada pela primeira vez por Grancher, apresenta caracteres tão semelhantes aos da pleurizia, que o diagnostico differencial entre as duas molestias é extremamente difficil e delicado.

Já o proprio Grancher em uma memoria intitulada «Spleno pneumonia, publicada em 1883, escrevia: Entre la congestion pulmonaire et la pneumonie labaire franche, a côté de la broncho-pneumonie, il existe un etat morbide dupoumon, sorte de pneumonie subaigue, qui simule une pleuresie avec epanchement moyen et qui merite une description et une denomination propres.

Assim, pois, parece-me necessario narrar, em breves traços, a symptomatologia d'essa entidade morbida, mostrar os seus pontos de contacto com a pleurizia e afinal indicar os meios de differencial-os.

O seu começo é brusco, acompanhado de calafrios repetidos, de pontada muito intensa, e dyspnéa, que póde chegar a se tornar uma verdadeira orthopnéa. A tosse é penosa, pertinaz, e, seguida no fim de alguns dias, de uma expectoração, esbranquiçada, viscosa, tendo a apparencia de uma solução de gomme; o pulso é frequente; a febre, ardente, subindo até 39 e mesmo 40 grãos.

O lado doente do thorax, mais communmente o esquerdo, é immobilizado; mas, a caixa thoracica apresenta-se dilatada. Essa dilatação é sensivel á palpação; e a fita metrica mostra uma differença de 2 centimetros entre um e outro lado.

Nos dous terços inferiores da região posterior do thorax, as vibrações vocaes desaparecem, a matidez é absoluta; e percebemos ahi um sopro expiratorio, muito agudo, a egophonia pectoriloquia aphonica. Algumas vezes, não se sente mais o choque da ponta do coração; e a auscultação denuncia o maximo de ruido ao nivel da 4ª ou 5ª articulação chondroesternal esquerda.

A temperatura, que no primeiro dia póde attingir a 39 e 40 grãos, oscilla no 1º septenario entre 39 e 40 grãos, variando de 1 grão e mesmo mais entre a manhã e a tarde; no 2º septenario, ella desce a 38 grãos, com grandes oscillações de 1º,5 a 2º grãos; e no 3º, fica normal. Mas, nem sempre o typo febril é tão regular e a spleno-pneumonia não tem um cyclo tão constante. Todavia, ha em todas observações 3 caracteres constantes em relação á febre: remittencia com oscillações diarias importantes, uma elevação brusca no começo, e um abaixamento gradual na convalescença.

A duração da molestia é, em geral, de 4 a 5 semanas.

Eis, em poucas palavras os symptomas mais importantes



da spleno-pneumonia, cuja semelhança com os do pleuriz é manifesta.

Quanto aos signaes differenciaes entre uma e outra molestia, nenhum ha que tenha character absoluto e exclusivo. Só o conjunto d'elles poderá nos dar algum esclarecimento.

Um excellente indicio da spleno-pneumonia é a conservação da sonoridade do espaço de Traube, embora em certos pleurisias se observe o mesmo phenomeno.

Pela auscultação, ouvimos muitas vezes, em pleno foco de obscuridade, estertores sub-crepitantes, discretos, superficiaes e fugases, que são de um grande valor, ainda que possam tambem ser ouvidos atravez de um derrame lamelliforme.

Na spleno-pneumonia, as vibrações, abolidas no foco da obscuridade, reapparecem gradual e insensivelmente, e sem intensidade exaggerada; na pleurisia, as vibrações, logo acima do foco do derrame, apparecem bruscamente e exaggeradas.

Na spleno-pneumonia, a egophonia é menos clara; o sopro, menos agudo.

A deformação, na pleurisia que, leva o esterno do lado são para o doente, não se encontra na outra molestia.

O verdadeiro criterio é dado pela puncção capillar que se pratica com a seringa de Pravaz, cuja agulha deve ser introduzida lentamente até 8 a 10 millimetros, espessura média da parede costal no 6º ou 7º espaço intercostal e no angulo posterior das costellas: se fizermos então o vacuo, apenas algumas bolhas de ar e algumas gottas de serosidade sanguinolenta apparecerão.

A «pneumonia macissa», tambem descripta por Grancher, onde ha obstrucção completa dos grandes e pequenos bronchios pela fibrina, apresenta todos os signaes da pleurisia com um grande derrame: matidez absoluta, ausencia de vibrações thoracicas e um silencio completo.

O começo brusco e a marcha rapida da molestia são muitas vezes os unicos meios de differenciar-a da pleurisia.

Com effeito, na pneumonia massiça, já no 2º ou 3º dia da

molestia, apparecem claramente denunciados todos os signaes, que acima citamos.

Ora, na pleurisia, tal facto não se dá ; é necessario maior espaço de tempo para que elles se mostrem com tão grande intensidade.

No «cancer pulmonar» a matidez absoluta, o enfraquecimento das vibrações thoracicas, a egophonia, a broncho-egophonia, o sopro, podem fazer suspeitar uma pleurisia ; mas estes signaes não têm um limite regular, não augmentam de baixo para cima como na pleurizia. Além d'isso, a pallidez cachetica do doente, a expectoração caracteristica do cancer, o desenvolvimento dos ganglios sub-claviculares podem esclarecer o diagnostico.

Com os kystos hydaticos do pulmão, tambem pode haver confusão, sobretudo se elles tem por séde a base do pulmão ; mas, n'esse caso, o exame do liquido, retirado pela punção, basta para terminar a questão.

Uma infiltração tuberculosa generalisada do pulmão, podendo por sua vez se confundir com o pleuriz, é claramente denunciada pelo estado geral do doente.

Os tumores e kystos hydaticos do figado, quando desenvolvidos sobre a parte superior d'este orgão, podem repellir para cima o diaphragama e penetrar na cavidade thoracica, onde a sua presença produz todos os signaes do derrame pleuritico.

Mas, ainda n'este caso, chegaremos ao conhecimento exacto da molestia, sabendo-se que os symptomas iniciaes foram exclusivamente abdominaes, considerando-se a marcha lenta da molestia, e notando-se que a matidez se continúa directamente em baixo com a do figado.

Quando se trata de uma pericardite com derrame, a séde e os limites da matidez, o enfraquecimento dos ruidos do coração, não admittem enganos ; mas, depois da reabsorpção do liquido pleuritico, o attrito, que então apparece, pode se apresentar isochrono com os batimentos cardiacos. Esses attritos,



porém, diminuem nas grandes inspirações e coincidem com o attrito de uma outra parte da pleura.

O hydrothorax, apesar de seus symptomas physicos identicos aos da pleurizia, tem alguns, que o denunciam com tal clareza, que não é possível qualquer duvida.

O hydrothorax, ora resulta de uma affecção do coração ou do pulmão, que provoca embaraços na circulação thoracica, ora apparece no curso de uma cachexia e coincidindo com outras hydropisias. E quasi sempre bi-lateral ; o seu liquido é menos denso que o liquido pleuritico e encerra pouca fibrina ; a linha de matidez é horizontal e se desloca com extrema facilidade com os movimentos do doente ; e a reprodução do liquido faz-se com extraordinaria rapidez.

Como se vio nos diversos casos que mencionamos, a egophonia, a pectoriloquia aphonica e o sopro, signaes de incontestavel valor no diagnostico da pleurisia com derrame, podem tambem existir independentemente da existencia desse derrame e em virtude de condições especiaes que determinem a compressão dos bronchios e a condensação do tecido pulmonar.

Nos casos, em que fôr possível a duvida, devemos examinar com muito cuidado se acaso teve lugar o desvio do coração, quando o derrame, que se suspeita, é á direita ; ou o abaixamento do figado, se é á esquerda.

Para conhecermos a existencia ou a natureza de um derrame, torna-se necessaria muitas vezes uma punção exploradora, feita, é inutil dizel-o, com a mais severa e rigorosa antisepticia.

O liquido, assim retirado, examinado ao microscopio, submettido á cultura, e inoculado em animaes póde nos levar ao conhecimento da verdadeira causa da molestia, conhecimento esse sob muitos pontos de vista tão precioso para o medico.

---

**Prognostico**

O prognostico immediato da pleurisia, por via de regra, não apresenta gravidade. A pleurizia cura-se quasi sempre, affirmava Louis.

Se abundantes derrames podem determinar thromboses dos vasos pulmores, embolias cerebraes, e produzir asphyxia, syncope e até mesmo a morte, esses resultados infelizes são, porém, raros em extremo e serão evitados facilmente com a opportuna intervenção pela thoracentese.

Quanto, porém, ao prognostico remoto, a questão muda da face, e o quadro se carrega de côres mais sombrias.

Com effeito, quasi sempre, (90 vezes sobre 100, segundo Laudoury,) a pleurisia não é mais do que a primeira manifestação de uma tuberculose latente, prestes a irromper na primeira occasião, com todas suas sinistras e fataes consequências.

Todavia apesar de sua natureza tuberculosa, o futuro da molestia não é sempre tão sombrio. Curada a pleurisia, não é fatal a evolução da tuberculose na pleura, no pulmão ou em qualquer outro órgão. Ella póde curar-se; é, pelo menos, o que affirma Netter, quando escreve : *la pleurisie est souvent une manifestation curable de la tuberculose, dont la tendance naturelle est l'évolution fibreuse.*

---



## Tratamento

Antigamente, no tratamento do pleuriz, os medicos não hesitavam no emprego de abundantes sangrias, seguidas de applicações repetidas de sanguesugas, ventosas sacrificadas, vesicatorios, diureticos e sudorificos.

Era a medicação antiphlogistica, de que Peter mostrava-se tão enthusiasta, e contra cujo abandono o eminente clinico tanto clamava.

Apezar da opinião do pranteado professor de Clinica, o rigôr do velho methodo antiphlogistico acha-se hoje extremamente attenuado, sinão completamente abolido para grande numero de medicos. Germain See, entre outros, julgando inefficaz toda medicação no pleuriz, é de opinião que o papel do medico diante da molestia, de que nos occupamos, deve ser o de simples expectação.

No meu modo de pensar, qualquer extremo é vicioso ; compete ao medico criterioso e prudente tirar de opiniões tão oppostas o que cada uma d'ellas tem de aproveitavel e util e conhecer o momento opportuno, quer para intervir com energia quer para se manter nos limites da mais rigorosa abstenção.

As emissões sanguineas geraes, cujos beneficos resultados, no começo do pleuriz, Peter, ainda ha pouco tempo, proclamava, são hoje, é verdade, completamente abandonadas.

A sangria local, porém, é ainda empregada em virtude de seos effeitos admiraveis sobre os phenomenos dolorosos do começo do pleuriz.

Para 8ª enfermaria de clinica medica, entrou no dia 15 de Agosto do corrente anno um doente, que além de diversos symptomas de um pleuriz em sua phase inicial, apresentava grande dyspnéa e alta temperatura. Forão-lhe appli-

cadadas immediatamente pequenas emissões sanguineas por meio de ventosas sarjadas.

O effeito foi rapido ; no dia seguinte a febre de 39°, 5° abaixara a 37°, 5° desaparecera a dyspna e melhorára o estado geral do doente.

Algumas vezes, porém, o estado do doente não permite o emprego nem mesmo d'essa fórmula attenuada da depleção sanguinea ; n'esse caso, recorrerá a medico ao effeito prompto e infallivel da injeccão hypodermica de morphina.

O calomelano, em doses fraccionadas, e as fricções mercuriaes, são na Allemanha e Inglaterra empregados, como anti-phlogisticos, na phrase inicial do pleuriz. E' uma medicação essa cuja efficacia tem tambem sido objecto de contestação.

Todavia, na 8ª enfermaria de Clinica Medica, o seu emprego, na phase inicial do pleuriz, tem dado resultados que parecem não dar razão aos que contestão sua efficacia.

A digitalis, empregada tambem contra o elemento febril, nenhum effeito real produz, quando se trata do pleuriz.

Como antipyreticos e como antisepticos, o acido salicylico e o salicylato de sodio tem dado resultados mais satisfatorios. Germain Séc, porém, contesta o effeito d'estes medicamentos.

O « vesicatorio », tão empregado outrora como o mais efficaz entre todos revulsivos locaes, não só com o fim de impedir a formação do derrame, como para facilitar a sua reabsorpção, é, segundo a opinião de clinicos notaveis, além de inefficaz, extremamente perigoso sob varios pontos de vista.

Quantos doentes, escreve Dieulafoy, tem soffrido, no decurso de um pleuriz, a applicação de 3, 4, e 5 vesicatorios, e expostos á complicações de cystite, de erysipela, e de erupção furunculosa, nenhum beneficio colheram da medicação vesicante.

Je crois, escreve o citado professor, que les vesicatoires n'ont aucune action sur les epanchements de la pleure et je m'abstiens de les prescrire.

Segundo Laborde, o vesicatorio não só produz accidentes



de intoxicação, como também pôde, ás vezes, causar o augmento immediato e rapido do derrame, contra o qual era precisamente empregado.

Como diureticos, mencionam-se a digitalis, a scilla, o acetato e o nitrato de potassio, a cafeina ; mas os effeitos, que produzem, são insignificantes, e ainda assim passageiros. Seria preferivel o uso do leite e dos alcalinos, cuja acção é muito mais duradoura.

Todavia, para Germain Sec « o leite no pleuriz só teria valor como alimento ; pois, como diuretico, vale aqui tanto como qualquer outro.

De resultados igualmente negativos é o emprego dos diaphoreticos. Ninguem mais emprega o jaborandi, nem o seo alcaloide « a pilocarpina », que tem ainda o inconveniente de fatigar e debilitar o doente.

Os purgativos e os drasticos pouca acção tem sobre o derrame.

Toda essa therapeutica é, como se vê, no maior numero de casos, puramente palliativa ; e, algumas vezes, completamente inefficaz.

Com effeito, casos ha em que, apesar de toda a energia e presteza da intervenção medica, torna-se inevitavel a thora-centese; outra vezes, porém, apesar da mais completa abstenção, o derrame, depois de certo tempo, se reabsorve.

### **Thoracentese**

Se o derrame persiste, se toda a therapeutica empregada, como maior numero de vezes acontece, é inefficaz, o unico tratamento de que podemos lançar mão é a thoracentese.

Graças, sobretudo, á Dieulefoy, que foi o primeiro a applicar o methodo de aspiração aos derrames da pleura, o mannal operatorio da thoracentese simplificou-se de tal ma-

neira, as suas indicações foram tão bem formuladas, os accidentes tornaram-se tão raros, e finalmente seos resultados foram sempre tão satisfatorios, que hoje a thoracentese constitue, por assim dizer, quasi que o unico tratamento racional de um derrame na pleura.

A thoracentese póde ser apenas operação de urgencia ou de utilidade.

E' urgente, segundo Verneuil e Hardy, no caso de uma dyspnéa intensa; mas, segundo Dieulafoy, a dyspnea é um guia infiel e enganador, podendo existir com um derrame insignificante; e, não ter logar, apesar da abundancia consideravel d'este.

Não e, pois, segundo este ultimo auctor, sobre a dyspnéa que se deve basear a urgencia da nossa intervenção, mas sobre a quantidade do liquido existente na pleura.

Não tendo observado nos innumerados casos que analysou « a morte provocada por um derrame inferior a 2 litros, Dieulafoy é de opinião, que é só quando o derrame attinge dous litros, que a urgencia da thoracentese se impõe.

Adiar então, seria expor o doente á uma morte subita, accidente deploravel, que o derrame muito abundante póde provocar de um momento para outro.

Para avaliar a abundancia do derrame, devemos attender a dous factos importantes: o deslocamento dos órgãos visinhos e os signaes physicos percebidos ao nivel da região pleuritica.

Deve-se suspeitar que se trata de um derrame de cerca de dous litros, quando na pleurisia esquerda, o coração bate entre o bordo direito do estomago e o seio, direito quando a sonoridade normal do espaço de Traube desapparece, a matidez sobe na região posterior até o angulo do omoplata, o som skodico é substituido pela obscuridade, e quando o sopro torna-se cavernoso e amphorico, ou então desapparece completamente.

Examinando criteriosamente qualquer circumstancia que possa ter logar, agrupando todos os signaes observados, fazendo



appello a todos os meios de investigação, é que poderemos avaliar mais ou menos a quantidade do liquido na cavidade da pleura.

Não se tratando d'esses casos de urgencia, indicados pela abundancia do derrame, podemos escolher o momento mais favoravel para uma intervenção.

Ella é inutil na phase aguda da molestia, porque então o derrame se reproduziria muito facilmente, e nenhum beneficio poderia esperar o doente d'essa intervenção muito apressada, tanto mais, quanto não é raro, se não é muito abundante, que o liquido diminua desde que a febre começa a abaixar. Se, attingindo o periodo maximo de crescimento, o liquido é pouco abundante e não revela tendencia a maior augmento, antes começa a reabsorver-se, não ha necessidade de intervenção; mas, chegado ao 20º dia, prazo marcado por todos os autores, a thoracentese é absolutamente indicada, afim de se evitar os graves inconvenientes que, durante a permanencia do liquido na pleura, se pôdem dar, e que ainda subsistiriam depois de retirado o liquido.

Na pleurisia esquerda, a thoracentese é, de certo modo, de maior indicação, attendendo-se ao deslocamento rapido do coração.

Seguindo-se os preceitos da mais rigorosa antisepcia, não se retirando mas de um litro de cada vez, empregando agulhas de aspiração de um pequeno diametro, com a injeção prévia de morphina, como aconselha Ziemnisen, e finalmente, procedendo-se com todo cuidado e prudencia, evitam-se facilmente todos accidentes impugnados á thoracentese, e a cura se obtem.

Todavia não termina ainda aqui o papel do medico.

As atrophias musculares, as deformações thoracicas, e as adherencias costo-pulmonares encontram efficaz therapeutica na electricidade, nos banhos de ar comprimido, duchas locais, na methodica gymnastica respiratoria.

Os exercicios corporaes, a moradia no campo, nas montanhas, favorecem a dilatação do pulmão.

E, se a pleurizia é a manifestação primitiva da tuberculose claro está que o nosso cuidado será, por todo os meios ao nosso alcance, deter a evolução d'essa terrivel molestia.

E' o que procuraremos conseguir, pondo em pratica tudo que em taes casos aconselham a hygiene e a therapeutica.

---



# Proposições

# PROPOSIÇÕES

---

## **Cadeira de physica medica**

### I

O dynamometro é um instrumento que serve para avaliar o gráo de intensidade da contracção muscular.

### II

Na clinica o seu emprego é de grande valor.

### III

O esforço muscular é medido pela tracção ou pressão sobre o instrumento.

---

## **Cadeira de chimica mineral e mineralogia**

### I

A agua é um composto resultante da combinação de um volume de oxygenio e dous de hydrogenio.

### II

A agua destillada é chimicamente pura.

### III

Uma boa agua potavel deve ter em solução um certo numero de substancias mineraes.

---



**Cadeira de physiologia**

## I

A respiração se compõe de dous movimentos e de dous ruidos distinctos, um para a inspiração e outro para a expiração.

## II

A séde do ruido inspiratorio é no açinus pulmonar, onde elle é produzido pela distensão das vesiculas e pela passagem do ar da parte estreitada das radículas bronchicas para as dilatações terminaes.

## III

O ruido expiratorio se passa nos bronchiolos.

---

**Cadeira de pharmacologia e arte de formular**

## I

Os effeitos dos differentes agentes antisepticos variam muito de intensidade.

## II

A acção toxica dos antisepticos limita muito o seu emprego.

## III

O valor pharmacologico de um antiseptico depende da relação que existe entre os seus equivalentes, antiseptico e toxico.

---

**Cadeira de histologia**

## I

O acinus pulmonar é constituído por um conjunto de alveolos.

## II

Os acini, reunidos em numero de 15 a 16, formam o lobulo pulmonar.

## III

O conjunto dos lobulos forma o lobo pulmonar.

---

**Cadeira de chimica organica e biologica**

## I

A quinina é um alcaloide encontrado nas cascas de plantas da familia das Rubiaceas, do genero cinchona.

## II

Os saes de quinina mais usados em medicina são: o sulfato, o bi-sulfato, o valerianato, o chlorydrato e o bromydrato.

## III

O sulfato de quinina é insolúvel n'agua.

---



**Cadeira de botânica e zoologia**

## I

A côr verde dos vegetaes é devida á chlorophylla, que existe em um certo numero de suas cellulas.

## II

A chlorophylla é um producto do protoplasma celular.

## III

A chlorophylla representa na atmosphaera um elemento purificador de primeira ordem.

---

**Cadeira de anatomia descriptiva**

## I

A bacia é uma grande cavidade ossea, irregular, tendo a fórma de um canal curvo que termina inferiormente o tronco.

## II

No adulto, de altura regular, acha-se na parte mediana do corpo.

## III

Os ossos, que formam a bacia, são o sacrum e o cocix posteriormente, e os iliacos, nas partes lateraes.

---

**Cadeira de chimica analytica e toxicologica**

## I

O aparelho de Marsh baseia-se na formação de hydrogenio arseniado, e sua decomposição pelo calor com deposito de arsenico.

## II

E' indispensavel a pureza dos ingredientes empregados.

## III

E' grande a sensibilidade d'esse aparelho, que é capaz de revelar os mais ligeiros traços de arsenico.

---

**Cadeira de anatomia medico-cirurgica e comparada**

## I

As costellas são separadas umas das outras pelos espaços intercostaes, que são occupados por musculos, tecido cellular, vasos e nervos.

## II

Os espaços intercostaes augmentam durante a inspiração, e tornam-se mais estreitos na expiração, approximando-se as costellas entre si a ponto de collocar-se uma sobre a outra.

## III

A approximação das costellas e a convexidade de sua superficie externa oppõem muitas vezes um obstaculo invencivel á penetração de qualquer projectil na cavidade thoracica.

---



### **Cadeira de operações eapparehos**

#### **I**

O catheterismo da urethra é uma operação de extrema simplicidade.

#### **II**

Para ser bem feita essa operação, é indispensavel o conhecimento exacto da disposição anatomica do conducto urethral.

#### **III**

O processo operatorio varia, conforme se emprega uma sonda metallica ou uma sonda flexivel.



### **Cadeira de pathologia medica**

#### **I**

A causa primeira da febre typhoide é o bacillus de Eberth.

#### **II**

Elle se transmite ao homem por diversas vias, sendo a principal a agua.

#### **III**

Nessa molestia, o tratamento hygienico dá magnificos resultados.



**Cadeira de hygiene**

## I

As quarentenas podem ser divididas em terrestres, fluviaes e maritimas.

## II

As quarentenas terrestres e fluviaes são quasi sempre im proficuas, vexatorias e até mesmo perigosas.

## III

As maritimas, quando cumpridos á risca os principios aconselhados pela hygiene, dão sempre magnificos resultados.

---

**Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas**

## I

Nos casos de molestias infecciosas, a pesquisa dos germens pathogenicos é de maximo valor.

## II

A existencia do bacillo de Koch é o elemento caracteristico do processo tuberculoso.

## III

A tuberculose é muitas vezes uma surpresa da autopsia.

---

**Cadeira de obstetricia**

## I

A apresentação cephalica é a que com mais frequencia se observa.

## II

Segundo grande numero de autores essa frequencia é devida ao maior peso especifico da cabeça.

## III

A palpação abdominal, a auscultação e o toque vaginal são os tres meios de investigação que conduzem ao diagnostico d'essa apresentação.

---

**Cadeira de materia medica e therapeutica**

## I

A ipecacuanha é um dos melhores vomitivos.

## II

Além d'esse effeito, a ipecacuanha é ainda purgativa e contra-estimulante.

## III

Para obtenção dos effeitos emeticos, as dóses devem variar, conforme a idade, de 15 centigrammas a 2 grammas de pó de ipecacuanha, tomados em 2 ou 3 porções, em curtos intervallos.

---



- 57 -

**Cadeira de pathologia cirurgica**

I

O tetano é uma complicação gravissima das feridas.

II

A excitabilidade medullar exagera-se no tetanico.

III

No seu tratamento, toda a causa exterior de excitação deve ser evitada.

---

**Cadeira de pathologia geral e historia da medicina**

I

A bacteriologia revolucionou completamente a pathologia geral.

II

A bacteriologia tem resolvido grande numero de problemas ; mas tem criado outros, difficeis e numerosos

III

Em todo o caso, os resultados beneficos que a humanidade d'ella tem colhido são de natureza a não desanimar os que se dedicam a tão importante ramo da medicina.

**Cadeira de medicina legal**

## I

No nosso código penal, o enfraquecimento senil é uma justificativa do crime.

## II

Légrand de Saulles dividio o estado mental do velho, sob o ponto de vista de sua responsabilidade criminal, em tres periodos : physiologico, mixto e pathologico.

## III

Só no terceiro póde haver completa justificativa ; no segundo, apenas attenuação ; e no primeiro, conforme Chauveau e Helei não deve haver attenuante.

**Cadeira de clinica cirurgica**

## I

A antisepticia e a anesthesia são os factores principaes do progresso da cirurgia.

## II

Entre os anestesicos tem a primasia o chloroformio e a cocaina.

## III

Entre os antisepticos, o sublimado corrosivo e acido phenico são as substancias empregadas com mais frequencia.



**Cadeira de clinica medica**

## I

As pneumokonioses são affecções da classe das chromatoses, caracterisadas pela presença de particulas mineraes nos órgãos respiratorios.

## II

As principaes são a anthracose, formada por particulas de carvão ; a chalicose, de silica ; e a siderose, de ferro.

## III

Nos recém-nascidos e nos individuos que respiram ar puro, que moram no campo, não se notam esses depositos pulmonares. Elles constituem o apanagio dos velhos, principalmente dos individuos que exercem certas profissões. E assim que a antrachose é commum nos carvoeiros, cosinheiros, machinistas, mineiros ; a chalicose, nos pedreiros ; e a siderose, nos individuos que trabalham com o ferro.

---

**Cadeira de Clinica psychiatrica e de molestias nervosas**

## I

Não ha talvez molestia nervosa em que a hereditariedade represente papel mais importante como na hysteria.

## II

A tuberculose e o arthritismo, considerados por Grasset, como factores hereditarios da nevrose, actuam apenas, se associando ao factor nevropathico, para accentuar a fatalidade de sua evolução.

## III

A educação do individuo predisposto representa papel de primeira ordem no futuro desenvolvimento da molestia.

---



**Cadeira de clinica pediatrica**

## I

A dose dos medicamentos merece especial atenção na therapeutica infantil.

## II

A fórma, o gosto e o volume das substancias medicamentosas são questões importantes.

## III

A medicina expectante é muitas vezes vantajosa nas molestias das crianças.

---

**Cadeira de clinica ophtalmologica**

## I

A irite acompanha muitas vezes a infecção syphilitica.

## II

Caracterisa-se pelas desigualdades da abertura pupillar e pela hyperhemia sub-conjunctival.

## III

Além do tratamento especifico, devemos empregar alternadamente os mydriaticos e myoticos.

---

**Cadeira de clinica dermatologica e syphiligraphica**

## I

A syphilis se transmite tambem pela hereditariedade.

## II

A herança materna representa n'essa transmissão o papel mais importante.

## III

A transmissão hereditaria de syphilis é mais facil nos primeiros tempos da contaminação materna.

---

**Cadeira de clinica obstetrica e gynecologica**

## I

A versão póde ser feita por manobras internas e por manobras externas.

## II

O conhecimento prévio da posição do feto é indispensavel nos dous processos.

## III

Nas manobras internas, é necessário que o collo do utero esteja dilatado ou seja dilatavel e que a parte, que se apresenta, não esteja muito insinuada.

---

**Cadeira de clinica propedeutica**

## I

O principal processo para a pesquisa do coração é o de Constantin Paul, constituindo a chamada « triangulação cardiaca. »

## II

O bordo inferior do coração é representado por uma linha recta que vae da ponta do coração á inserção esternal da 6ª cartilagem costal, ou, mais exactamente, á intersecção do bordo direito do esterno e do bordo superior da matidez hepatica.

## III

Os bordos direito e esquerdo do coração são determinados por meio de percussões concentricas da região sonora para a região obscura: determinam-se assim a grande e a pequena matidez, e por meio do lapis dermographico, ligando-se os differentes pontos, obtem-se o desenho do coração.

---



# HYPPOCRATIS APHORISMI

## I

Natura corporis est in medicina principium studii.

Sect. II. Aph. 7.

## II

Frigidum ossibus adversum, dentibus, nervis, cerebro, dorsali medullae; calidum, vero, utile.

Sect. V. Aph. 18.

## III

Naturam morborum curationes ostendunt.

Sect. II. Aph. 6.

## IV

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquisite optime.

Sect. I. Aph. 6.

## V

Cúm quis corpora purgare volet, ea ad fluxum bene comporata faciat oportet.

Sect. II. Aph. 9.

## VI

In acutis morbis extrema refrigeratio, malum.

Sect. VII. Aph. LXVIII.

Visto.— Secretaria da Faculdade de Medicina e Pharmacia do Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 1894.— O Secretário, *A. M. Muniz Maia*.